

Jerzy A. Sobański

## RÓŻNICE SZYBKOŚCI USTĘPOWANIA OBJAWÓW ZABURZEŃ NERWICOWYCH

### DIFFERENTIAL RESPONSE OF NEUROTIC SYMPTOMS

Katedra Psychoterapii Collegium Medicum UJ

Kierownik: prof. dr hab. med. Jerzy W. Aleksandrowicz

**symptom improvement  
neurotic disorders  
psychotherapy research**

*Badanie oparto na analizie zmian poszczególnych objawów w trakcie intensywnej psychoterapii grupowej zaburzeń nerwicowych. Autor poszukuje predyktorów „dobrego wyniku” terapii określając dynamikę zmian poszczególnych grup objawowych w trakcie cotygodniowej subiektywnej oceny leczonych pacjentów.*

#### Summary

**Aim:** Analysis of timing of neurotic disorders' symptoms improvement during intensive psychotherapy in a day hospital at the Wojewódzki Ośrodek Leczenia Nerwic according to an integrative theoretical approach and relation of the phenomena observed to therapy outcome.

**Material:** 3509 symptom checklists "0", filled in by 319 patients treated in day hospital in 1990–1998. The group consisted of 235 females and 84 males, mostly with diagnoses of somatization disorder, generalised anxiety disorder, dissociative motor and sensoric disorders as well as with a diagnosis combining elements of listed above.

**Method:** Symptom checklists "0", filled weekly by patients were examined. For 10 selected neurotic symptoms, differential treatment-induced improvement rates were looked for.

**Results:** Particular neurotic symptoms disappeared with different velocity during intensive psychotherapy. In subgroups of patients with different psychotherapy outcomes, during subsequent 9 weeks of treatment, different rates of selected 10 neurotic disorders' symptoms improvement were found.

**Conclusion:** During psychotherapy processes with beneficial final results, higher improvement speed for selected neurotic symptoms was observed. However, significant differences in particular symptom improvement rates make treatment monitoring more complicated.

#### Wprowadzenie

Zmiany nasilenia zaburzeń są zjawiskiem często obserwowanym podczas psychoterapii i dobrze znanym klinicystom, natomiast uwagę badaczy psychoterapii skupiły one dopiero w ostatnich dekadach. Analizują oni m.in. przebiegi zmian nasilenia poszczególnych dolegliwości zachodzące podczas leczenia. Badania takie oparte są głównie na częstych

pomiarach występowania symptomów za pomocą kwestionariuszy objawowych wypełnianych przez pacjentów. Szerszy przegląd zebranego piśmiennictwa zawiera odrębna publikacja [1].

### **Cel pracy**

Celem badań była analiza zmian występowania objawów zaburzeń nerwicowych podczas intensywniej psychoterapii kompleksowej (grupowej z elementami indywidualnej) oraz związku tych zmian z wynikami leczenia.

### **Material i metody**

Materiał do analizy stanowił zbiór 3509 kwestionariuszy objawowych, wypełnionych przez 319 pacjentów leczonych na oddziałach dziennych Wojewódzkiego Ośrodka Leczenia Nerwic w Krakowie w latach 1990—1998. Badana grupa składała się z 235 kobiet i 84 mężczyzn, w tym: 103 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń występujących pod postacią somatyczną (F45), w większości zaburzeń somatyzacyjnych (F45.0) z wyłączeniem diagnozy zaburzenia hipochondrycznego (F45.2), 82 pacjentów z rozpoznaniem „innych zaburzeń lękowych” (F41), głównie zaburzeń lękowych uogólnionych (F41.1) z wyłączeniem lęku napadowego (F41.0), 63 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń konwersyjnych (F44), głównie dysocjacyjnych zaburzeń ruchu (F44.4) i dysocjacyjnych zaburzeń czucia (F44.6), 71 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń łączących elementy zaburzeń lękowych, konwersyjnych i przebiegających pod postacią somatyczną. U wszystkich pacjentów wartość kwestionariusza objawowego „0”, wypełnionego podczas badań wstępnych, wynosiła ponad 165 punktów w przypadku mężczyzn i ponad 200 punktów w przypadku kobiet. Dysponowano pełną dokumentacją nasilenia objawów w kolejnych tygodniach. Wiek pacjentów wynosił 18–56 lat (średnia = 35,8 roku, mediana = 36, odchylenie standardowe = 8,16).

Przedmiotem analizy były dane zawarte w kwestionariuszach objawowych „0”, wypełnianych przez pacjentów przed leczeniem (w toku badań wstępnych), w dniu rozpoczęcia leczenia, a następnie w odstępach tygodniowych (co poniedziałek) oraz w dniu zakończenia terapii na oddziale.

Kwestionariusze wypełnione w toku badań wstępnych i w ostatnim dniu terapii służyły wyłącznie do oceny efektów leczenia, pozostałe przedstawiały przebieg zmian nasilenia objawów intensywniej grupowej terapii kompleksowej, odwołującej się do zasad podejścia integracyjnego.

Ocena wyników leczenia ograniczona została do zmiany objawowej, wynikającej z porównania wartości OWK przed leczeniem i po leczeniu wg wcześniej opisanych zasad [2]. W niniejszej pracy kategoryzowano zmianę objawową odmiennie niż w praktyce klinicznej [2], przyjmując: jako „poprawę objawową” — wynik w przedziale  $<0,1$  do  $1>$  (czyli „znaczną poprawę”), jako „brak zmian objawowych” — wynik w przedziale  $<-0,1$  do  $0,1>$  (obejmuje obok „braku zmian” także „niewielką poprawę” i „niewielkie pogorszenie”), a jako „pogorszenie objawowe” wynik w przedziale  $<-1$  do  $-0,1>$  („znaczące pogorszenie”). „Poprawę” kończącą się wynikiem wynoszącym dla kobiet 100 pkt, a dla mężczyzn 82 pkt (dwukrotnie obniżając kryteria kliniczne wynikające z określenia „punktu odciążenia” [3]), uznano za „wyleczenie objawowe”.

Przyjmując te kryteria, z 319 pacjentów, których kwestionariusze były przedmiotem analizy, utworzono trzy grupy: A — poprawa z wyleczeniem objawowym (129 przypad-

ków — 40,4%), B — poprawa bez wyleczenia objawowego (100 przypadków — 31,3%) i C — brak zmian objawowych (87 przypadków — 27,3%). Grupa C składa się z pacjentów, których wyniki wg kryteriów klinicznych wskazywały na nieznaczne poprawy (n=59), brak zmian (n=23) lub nieznaczne pogorszenia (n=5). Dwóch pacjentów, u których z powodu niewielkiego nasilenia objawów nieznaczne zmiany OWK wystarczyły do uzyskania wyniku kwalifikowanego jako wyleczenie objawowe, wyłączono z analiz. Pominęto też jedyny przypadek znacznego pogorszenia.

Zbadano częstości zaznaczania objawów w kwestionariuszu ambulatoryjnym w całej grupie i wybrano 10 objawów — te, które były najczęstsze w każdej z 8 skal [4], oraz symptomy niepokoju (zmienna kwestionariusza 64) i lęku bezprzedmiotowego (zmienna kwestionariusza 4) ze względu na ich powszechnie uznawane znaczenie. Dla każdego z tych 10 objawów, osobno w każdej z trzech grup (A, B i C), obliczono odsetki pacjentów zgłaszających dany objaw w 10 kolejnych tygodniach (rozważano jedynie występowanie symptomu, pomijając jego nasilenie). Istotność różnic między parami odsetków badano za pomocą dwustronnego testu dla frakcji.

### Wyniki badań

Po tygodniu obserwacji istotnemu zmniejszeniu uległa częstość występowania niezadowolona z życia seksualnego wśród pacjentów z grupy A, a tylko nieco później – w drugim tygodniu terapii — zaobserwowano to zjawisko także w grupach B i C.

We wszystkich grupach niezadowolenie z życia seksualnego było w pierwszym dniu leczenia obecne z podobną częstością. Istotny spadek występowania tego symptomu był dużo wcześniejszy w grupie A (w 2. tygodniu leczenia, ①), w grupie B tylko nieco późniejszy (②), natomiast w grupie C występowały istotne wahania częstości zgłaszania tej dolegliwości (③④⑤). Po 9. tygodniu leczenia niezadowolenie z życia seksualnego stwierdzono tylko u 21% pacjentów z grupy A (tabela 1).

Tabela 1

#### Częstość występowania niezadowolona z życia seksualnego a wyniki terapii w zakresie ogólnego nasilenia objawów

Wyniki leczenia	Pierwszy dzień terapii	Początek 2. tygodnia	Początek 3. tygodnia	Początek 4. tygodnia	Początek 5. tygodnia	Początek 6. tygodnia	Początek 7. tygodnia	Początek 8. tygodnia	Początek 9. tygodnia	Początek 10. tygodnia
Grupa A (n=129)	66% ①	45% ①	43%	40%	37% .	36%	31% ++.	28% ++.	25% ++.	21% ..++
Grupa B (n=100)	65% ②	55%	49% ②	51%	53% .	46%	45% .	41% .	39% .	41% ..
Grupa C (n=87)	59% ③④⑤	52%	44% ③	48%	46%	43% ④	49% ++	49% ++	45% ++	40% ⑤++

Odsetek istotnie mniejszy od stwierdzonego w pierwszym pomiarze oznaczono ①<0,001; ②③④⑤<0,05.

Pary odsetków różniących się (w pionie) istotnie, p<0,05, oznaczono \*, p<0,01 \*\* lub ++.

Większą różnicę między grupami A oraz B i C stwierdzono dla częstości występowania obniżonego nastroju — istotnie zmniejszającej się w grupie A już po 1. tygodniu obserwacji, po 5. tygodniu w grupie B, natomiast dopiero po 9. tygodniu w grupie C.

Później, w 2. tygodniu leczenia, stwierdzono w grupach A i B istotne zmniejszenie się częstości występowania natrętnych myśli, słów i wyobrażeń.

We wszystkich grupach w pierwszym dniu terapii obniżony nastrój był obecny u prawie wszystkich pacjentów (97—99%). Istotny spadek częstości występowania tego symptomu miał miejsce bardzo wcześniej w grupie A (①), znacznie później w grupie B (②), natomiast w grupie C dopiero pod koniec terapii (③). Uderzające, że różnica między częstością tego symptomu w 1. dniu pobytu na oddziale a jego występowaniem na początku 10. tygodnia terapii była (istotnie statystycznie) wielokrotnie większa w grupie A (51%) niż w grupach B (11%) oraz C (11%), w których objaw ten był nadal zgłaszany przez wielu pacjentów (86—88%). W grupie A obniżony nastrój był obecny po 9. tygodniu leczenia u mniej niż 50% pacjentów (tabela 2).

Tabela 2

**Częstość występowania obniżonego nastroju a wyniki terapii  
w zakresie ogólnego nasilenia objawów**

Wyniki leczenia	Pierwszy dzień terapii	Początek 2. tygodnia	Początek 3. tygodnia	Początek 4. tygodnia	Początek 5. tygodnia	Początek 6. tygodnia	Początek 7. tygodnia	Początek 8. tygodnia	Początek 9. tygodnia	Początek 10. tygodnia
Grupa A (n=129)	98% ①	88% ①*	91%	91%	84% **+	78% **+	76% +++**	65% ***+++	64% ***+++	47% ***+++
Grupa B (n=100)	99% ②	96% .	97%	95%	97% **	89% ②+	92% **	87% ***	85% ***	88% ***
Grupa C (n=87)	97% ③	94%	93%	97%	95% +	92% **	94% +++	90% +++	93% +++	86% ③+++

Odsetek istotnie mniejszy od stwierdzonego w pierwszym pomiarze oznaczono ① ② < 0,005; ③ < 0,05.

Pary odsetków różniących się (w pionie) istotnie,  $p < 0,05$ , oznaczono \* lub +,  $p < 0,01$  \*\*,  $p < 0,001$  \*\*\* lub +++.

Początkowe występowanie natrętnych myśli we wszystkich grupach było częste. Istotny spadek częstości tego symptomu nastąpił w grupach A i B równocześnie (① i ②), o 7 tygodni wcześniej niż w grupie C (③). W grupie A po 9. tygodniu leczenia natrętne myśli zgłaszało tylko 26% pacjentów, a różnica między rozpowszechnieniem tego symptomu w 1. dniu pobytu na oddziale i po 9. tygodniu była istotnie większa w grupie A (55%) niż w grupie B (40%), a także dużo większa niż w grupie C (14%) (tabela 3).

Nieco później, bo w trzecim tygodniu leczenia, istotnie zmniejszała się częstość występowania trudności w zasypianiu wśród pacjentów z grupy A.

W pierwszym dniu pobytu na oddziale zaburzenia zasypiania były obecne z jednakową częstością w grupach A i B, natomiast były nieco częstsze w grupie C. Istotny spadek częstości występowania tego symptomu miał miejsce nieco wcześniej w grupie A (①) niż w grupach B i C (② i ③). W grupie A symptom ten był obecny po 9. tygodniu leczenia

tylko u 30% pacjentów, w grupie C jego końcowy poziom wynosił ponad 60% i był niewiele – choć istotnie niższy od początkowego (tabela 4).

Częstość występowania lęku hipochondrycznego istotnie zmniejszyła się w grupie A dopiero w czwartym, a w grupie B dopiero w piątym tygodniu leczenia.

Tabela 3

**Częstość występowania natrętnych myśli, słów i wyobrażeń a wyniki terapii  
w zakresie ogólnego nasilenia objawów**

Wyniki leczenia	Pierwszy dzień terapii	Początek 2. tygodnia	Początek 3. tygodnia	Początek 4. tygodnia	Początek 5. tygodnia	Początek 6. tygodnia	Początek 7. tygodnia	Początek 8. tygodnia	Początek 9. tygodnia	Początek 10. tygodnia
Grupa A (n=129)	81% ①	71% *+	68% ①	70%	55% ..	50% **++	46% **++	40% ***+	35% ***++	26% ***+++
Grupa B (n=100)	89% ②*	85% +	78% ②	77%	72% ..	68% ..	65% ..	55% +	54% ++	49% ..
Grupa C (n=87)	77% ③*	70% .	71%	71%	67%	72% ++	68% ++	67% ***	64% ***	63% ①+++

Odsetek istotnie mniejszy od stwierdzonego w pierwszym pomiarze oznaczono ① ② ③ < 0,05.

Pary odsetków różniących się (w pionie) istotnie,  $p < 0,05$ , oznaczono \* lub +,  $p < 0,01$  \*\* lub ++,  $p < 0,001$  \*\*\*.

Tabela 4

**Częstość występowania trudności w zasypianiu a wyniki terapii  
w zakresie ogólnego nasilenia objawów**

Wyniki leczenia	Pierwszy dzień terapii	Początek 2. tygodnia	Początek 3. tygodnia	Początek 4. tygodnia	Początek 5. tygodnia	Początek 6. tygodnia	Początek 7. tygodnia	Początek 8. tygodnia	Początek 9. tygodnia	Początek 10. tygodnia
Grupa A (n=129)	68% ①	60% .	59%	55% ①*	47% ..	43% ..	39% ..	29% +***	36% ***	30% ***
Grupa B (n=100)	65% ②	75% .	67%	69% .	60%	50% ②	53%	43% **+	43% ++	40% ++
Grupa C (n=87)	77% ③	71%	68%	70% +	67% ..	63% ③**	61% ..	64% ***	64% ***++	62% ***++

Odsetek istotnie mniejszy od stwierdzonego w pierwszym pomiarze oznaczono ① ② ③ < 0,05.

Pary odsetków różniących się (w pionie) istotnie,  $p < 0,05$ , oznaczono \* lub +,  $p < 0,01$  \*\* lub ++,  $p < 0,001$  \*\*\*.

W pierwszym dniu pobytu na oddziale lęk hipochondryczny był obecny istotnie częściej u pacjentów z grupy B niż z grupy A. Istotny spadek częstości tego symptomu miał miejsce tylko w grupach A i B – w 4.—5. tygodniu leczenia (① i ②). W grupie A lęk hipochondryczny występował po 9. tygodniu u ok. 30% pacjentów, w grupie B u ok. 50% (tabela 5).

Tabela 5

**Częstość występowania lęku hipochondrycznego a wyniki terapii  
w zakresie ogólnego nasilenia objawów**

Wyniki leczenia	Pierwszy dzień terapii	Początek 2. tygodnia	Początek 3. tygodnia	Początek 4. tygodnia	Początek 5. tygodnia	Początek 6. tygodnia	Początek 7. tygodnia	Początek 8. tygodnia	Początek 9. tygodnia	Początek 10. tygodnia
Grupa A (n=129)	66% ①*	61%	62% .	56% **	50% ①*+	44% *+	41% + ***	45%	33% *** ++	31% *** ++
Grupa B (n=100)	78% ②*	73%	76% *+	73% **	66% .	60% ②*	58% +	55%	54% ++	48% ++
Grupa C (n=87)	70%	68%	61% +	67%	67% +	59% +	68% ***	57%	59% ***	62% ***

Odsetek istotnie mniejszy od stwierdzonego w pierwszym pomiarze oznaczono ① ② <0,01.

Pary odsetków różniących się (w pionie) istotnie, p<0,05, oznaczono \* lub +, p<0,01 \*\* lub ++, p<0,001 \*\*\*.

W pierwszym dniu pobytu na oddziale objaw suchości w ustach był obecny u pacjentów z grupy B nieznacznie częściej niż w pozostałych grupach. Istotny spadek częstości tego symptomu miał miejsce w grupach A i B znacznie wcześniej (① i ②) niż w grupie C (③). W grupie A suchość w jamie ustnej była obecna po 9. tygodniu leczenia tylko u 1/3 pacjentów, w grupie B u 38%, a w grupie C u 46% pacjentów (tabela 6).

Tabela 6

**Częstość występowania suchości w jamie ustnej a wyniki terapii  
w zakresie ogólnego nasilenia objawów**

Wyniki leczenia	Pierwszy dzień terapii	Początek 2. tygodnia	Początek 3. tygodnia	Początek 4. tygodnia	Początek 5. tygodnia	Początek 6. tygodnia	Początek 7. tygodnia	Początek 8. tygodnia	Początek 9. tygodnia	Początek 10. tygodnia
Grupa A (n=129)	67% ①	62%	59%	59%	52% ①	46%	44%	43%	33% .	33%
Grupa B (n=100)	76% ②	73% **	69%	61% ②	57%	54%	54%	45%	44%	38%
Grupa C (n=87)	63% ③	54% **	66%	60%	56%	54%	54%	51%	49% .	46% ③

Odsetek istotnie mniejszy od stwierdzonego w pierwszym pomiarze oznaczono ① <0,01;

② ③ <0,05.

Pary odsetków różniących się (w pionie) istotnie, p<0,05, oznaczono \*, p<0,01 \*\*.

W pierwszym dniu pobytu bezprzedmiotowy lęk był obecny z jednakową częstością we wszystkich trzech grupach (ponad 80%). Istotny spadek występowania tego symptomu miał miejsce tylko w grupach A (w 4. tygodniu leczenia, ①) i B (w 6. tygodniu, ②).

W grupie A bezprzedmiotowy lęk był obecny pod koniec leczenia u 37% pacjentów. W grupie C w kolejnych pomiarach stwierdzono szczególnie duże wahania częstości tego objawu (tabela 7).

Tabela 7

**Częstość występowania lęku bezprzedmiotowego a wyniki terapii  
w zakresie ogólnego nasilenia objawów**

Wyniki leczenia	Pierwszy dzień terapii	Początek 2. tygodnia	Początek 3. tygodnia	Początek 4. tygodnia	Początek 5. tygodnia	Początek 6. tygodnia	Początek 7. tygodnia	Początek 8. tygodnia	Początek 9. tygodnia	Początek 10. tygodnia
Grupa A (n=129)	82% ①	78% ++	77%	74% ..	67% ①**++	67% **++	52% ***+++	54% ***+++	47% ***+++	37% ***+++
Grupa B (n=100)	90% ②	91% ++*	87%	82%	83% ..	84% ..	77% ②***	83% ...	83% ...	69% ...
Grupa C (n=87)	85%	79% .	87%	90% ..	83% ++	86% ++	87% +++	78% +++	83% +++	82% +++*

Odsetek istotnie mniejszy od stwierdzonego w pierwszym pomiarze oznaczono ①<0,01; ②<0,05.

Pary odsetków różniących się (w pionie) istotnie, p<0,05, oznaczono \*, p<0,01 \*\* lub ++, p<0,001 \*\*\* lub +++.

Napięcie i niepokój to objawy, których częstość występowania zmniejszała się znacznie później niż siedmiu wcześniej opisanych dolegliwości.

W pierwszym dniu leczenia objaw napięcia był obecny u prawie wszystkich pacjentów (ponad 97%) we wszystkich grupach. Istotny spadek częstości występowania tego symptomu pojawiał się w grupie A dwa tygodnie wcześniej (①) niż w grupach B (②) i C (③). W grupie A częstość występowania napięcia po początkowych nieznacznych wahanach, od 6. tygodnia zaczyna wyraźnie się obniżać, objaw ten stwierdzono jednak po 9. tygodniu leczenia aż u ok. 70% pacjentów. W grupie B zaobserwowano wzrost częstości występowania napięcia po 1. tygodniu (do 100%), a następnie stopniowy powolny jego spadek. W grupie C obserwowano okresy niewielkich wahań napięcia i stabilizacji nieco obniżonego występowania dopiero pod koniec leczenia (tabela 8).

We wszystkich grupach niepokój w pierwszym dniu pobytu na oddziale występował u niemal wszystkich pacjentów (97—98%). Istotny spadek częstości występowania tego symptomu miał miejsce tylko w grupie A i to w drugiej połowie terapii (①). W grupie A niepokój był nadal obecny pod koniec leczenia u ok. 75% pacjentów. Końcowa częstość tego symptomu była w pozostałych grupach (B i C) nadal bardzo wysoka (94%) (tabela 9).

Tabela 8

**Częstość występowania napięcia a wyniki terapii w zakresie ogólnego nasilenia objawów**

Wyniki leczenia	Pierwszy dzień terapii	Początek 2. tygodnia	Początek 3. tygodnia	Początek 4. tygodnia	Początek 5. tygodnia	Początek 6. tygodnia	Początek 7. tygodnia	Początek 8. tygodnia	Początek 9. tygodnia	Początek 10. tygodnia
Grupa A (n=129)	97% ①	95% •	95% •	96%	92%	92%	88% ①**+	84% **+	78% *+	71% ***++
Grupa B (n=100)	98% ②	100% •	97%	98%	96%	96%	96% +	95% ••	89% ②•	87% ++
Grupa C (n=87)	99% ③	99%	100% •	98%	97%	97%	98% ••	94% +	91% ③+	95% •••

Odsetek istotnie mniejszy od stwierdzonego w pierwszym pomiarze oznaczono ①<0,01;  
②③<0,05.

Pary odsetków różniących się (w pionie) istotnie, p<0,05, oznaczono \* lub +, p<0,01 \*\* lub ++, p<0,001 \*\*\*.

Tabela 9

**Częstość występowania niepokoju a wyniki terapii w zakresie ogólnego nasilenia objawów**

Wyniki leczenia	Pierwszy dzień terapii	Początek 2. tygodnia	Początek 3. tygodnia	Początek 4. tygodnia	Początek 5. tygodnia	Początek 6. tygodnia	Początek 7. tygodnia	Początek 8. tygodnia	Początek 9. tygodnia	Początek 10. tygodnia
Grupa A (n=129)	97% ①	98%	98%	96%	95%	95%	91% ①	87% •	82% *+	76% +++••
Grupa B (n=100)	98%	99%	99%	99%	98%	97%	94%	98% •	95% •	94% +++
Grupa C (n=87)	98%	99%	98%	98%	97%	99%	95%	95%	97% +	94% ••

Odsetek istotnie mniejszy od stwierdzonego w pierwszym pomiarze oznaczono ①<0,05.

Pary odsetków różniących się (w pionie) istotnie, p<0,005, oznaczono \* lub +, p<0,001 \*\*, p<0,001 +++.

Jeszcze później, dopiero pod koniec 9-tygodniowego okresu obserwacji, ulegała istotnemu zmniejszeniu częstość występowania drżenia mięśniowego, dygotania — miało to miejsce w grupach A i B, a nie zaobserwowano tego zjawiska w grupie C.

W pierwszym dniu terapii objaw drżenia mięśniowego był obecny najczęściej u pacjentów z grupy B (istotnie częściej niż w grupie A). Istotny spadek częstości występowania tego symptomu miał miejsce tylko w grupach A i B — pod koniec terapii (① i ②). W grupie A drżenie mięśniowe było obecne po 9. tygodniu leczenia u 44% pacjentów (tabela 10).



Tabela 10

**Częstość występowania drżenia mięśniowego, dygotania a wyniki terapii  
w zakresie ogólnego nasilenia objawów**

Wyniki leczenia	Pierwszy dzień terapii	Początek 2. tygodnia	Początek 3. tygodnia	Początek 4. tygodnia	Początek 5. tygodnia	Początek 6. tygodnia	Początek 7. tygodnia	Początek 8. tygodnia	Początek 9. tygodnia	Początek 10. tygodnia
Grupa A (n=129)	69% *①	70% +	74% •	66% •	66% •	58% +++•	59% •	59%	52% ①**	44% ***+++
Grupa B (n=100)	83% ②•	82% **+	85% *+	83% •	79% •	72% •	72% •	67% ②	64%	69% +++
Grupa C (n=87)	77%	64% **	72% +	72%	75%	80% +++	71%	72%	72% **	72% ...

Odsetek istotnie mniejszy od stwierdzonego w pierwszym pomiarze oznaczono ①, <0,01.

Pary odsetków różniących się (w pionie) istotnie,  $p < 0,05$ , oznaczono \* lub +,  $p < 0,01$  \*\*,  $p < 0,001$  \*\*\* lub +++.

### Omówienie wyników i dyskusja

W grupie A częstość wszystkich 10 analizowanych objawów stopniowo maleje i wcześniej osiąga niższe wartości niż w pozostałych grupach. Częstości występowania jednych objawów zmniejszają się wyraźnie szybciej — np. niezadowolenia z życia seksualnego oraz obniżonego nastroju już po 2 tygodniach (tabele 1 i 2) — a innych najwolniej — np. drżenia dopiero po 7 tygodniach (tabela 10). W grupie B częstość objawów przeważnie zmniejsza się wolniej i mniej jednostajnie niż w grupie A oraz — zwykle już na początku pobytu na oddziale jest wyższa niż w grupie A, niekiedy nawet wyższa niż w grupie C. Częstość objawów w grupie C dopiero w okresie zaawansowanego leczenia zmienia się nieregularnie, rosnąc lub malejąc, zwykle tylko o kilka procent (tabele 1—10).

Dwa objawy: napięcie i niepokój, bardzo często stwierdzane u badanych, ustępują dość późno i ma to miejsce u niewielkiego odsetka pacjentów, jednak wyższego w grupie A niż w pozostałych grupach. Uderzające jest, że nawet u pacjentów, którzy zakwalifikowani zostali do grupy A, napięcie i niepokój po 9. tygodniu leczenia nadal występują u 70—75% chorych (tabele 8 i 9). Dwa objawy — obniżenie nastroju oraz drżenie — występowały po 9. tygodniu leczenia u ok. połowy pacjentów z grupy A (tabele 2 i 10), zarazem jednak różniły się znacznie szybkością zmniejszania występowania w czasie kolejnych tygodni — znacznie większą w przypadku obniżenia nastroju. Częstość występowania 6 pozostałych objawów (niezadowolenia z życia seksualnego, obsesji, trudności w zasypianiu, lęku hipochondrycznego, suchości w jamie ustnej oraz lęku bezprzedmiotowego) zmniejszyła się po 9. tygodniu leczenia do ok. 30% (tabele 1, 3, 4, 5, 6 i 7).

Uogólnianie przedstawionych wyników analiz szybkości ustępowania najczęstszych objawów zaburzeń nerwicowych byłoby nieuzasadnione z powodu ograniczenia niniejszego badania do pacjentów cierpiących na wybrane zaburzenia (lękowe uogólnione, somatyzacyjne oraz dysocjacyjne) oraz faktu, że jak wiadomo [5] dynamika objawów zależy od rodzaju terapii, podejścia teoretycznego, a nawet indywidualnego programu terapeutycznego.

tycznego. Wahania częstości występowania objawów mogą okazać się również zależne od liczby sesji w tygodniu lub planowanego czasu leczenia [np. 6, 7, 8].

Niektóre z wyników niniejszej analizy wydają się zaskakujące – np. utrzymująca się wysoka częstość napięcia i niepokoju nawet u pacjentów, którzy zakończyli terapię z najlepszymi wynikami (A). Z kolei inne objawy, np. lęk hipochondryczny i natrętne myśli, niezwykle szybko i u znacznej liczby pacjentów z grupy A zanikają, mimo ich wysokiego początkowego rozpowszechnienia (i dosyć powszechnego przekonania o ich „oporności na leczenie”). Przebywanie na oddziale dziennym wydaje się możliwym czynnikiem rozpraszającym lęk hipochondryczny — kontakt z wieloma pacjentami o podobnych dolegliwościach, ostatecznie wykluczające obecność innego schorzenia informacje od lekarzy oddziału etc. — nie jest jednak dostrzegalny taki związek w przypadku objawu obsesji. Może tu mieć znaczenie podawanie instrukcji i informacji dotyczących objawów, specyficznych interwencji (np. związanych z symptomem), „wydarzenia życiowe” mające miejsce na oddziale i na zewnątrz, o których zbieranie informacji nie należy jednak do rutynowej praktyki, co powiększa trudności interpretacji dynamiki objawów [9, 10, 11, 12].

W grupie pacjentów kończących terapię z wyleczeniem objawowym (grupa A) szczególnie szybkie „znikanie” większości analizowanych dolegliwości może oznaczać, że chorzy napotkali szczególnie sprzyjające warunki leczenia (adekwatne do indywidualnej koncepcji zaburzeń i zastosowane w odpowiednim czasie interwencje, powodujące wgląd i przepracowanie, zmiany schematów poznawczych i zmiany zachowania). Mogą za tym przemawiać np. widoczne dopiero po 4. tygodniu leczenia tej populacji spadki częstości występowania bezprzedmiotowego lęku (co wydaje się niezgodne z powszechnym przekonaniem o szczególnej podatności tego właśnie objawu na niespecyficzne czynniki terapeutyczne [13, 14]). Częste zmniejszanie się lęku bezprzedmiotowego wyróżnia tę populację o najlepszych wynikach terapii być może dlatego, że kluczowe dla wyleczenia jest „odkrycie” przez pacjentów, początkowo niejasnych, przyczyn występowania tego objawu i zyskanie nadziei na wyleczenie. Dlaczego tak nie dzieje się w przypadku napięcia i niepokoju — nie wiadomo. Można przypuszczać, że te objawy są obecne, chociaż w niewielkim nasileniu, u większości uczestników intensywnych psychoterapii grupowych i wiążą się z aktywnością członka takiej grupy, z toczącymi się w niej procesami — dlatego ustępowanie tych symptomów może być widoczne dopiero w ewentualnych badaniach katalmnestycznych.

Łatwość ustępowania obniżenia nastroju — w grupie wyleczeń objawowych szczególnie szybka i wysoka — może być spowodowana zarówno reaktywnością na oddziaływanie grupowe, jak i doświadczeniem korzyści z leczenia i „odzyskiwaniem morale”. Wydaje się również związana z podatnością tego objawu na leczenie, typową dla objawów nerwicznych (zaburzeń dystymicznych lub depresyjnych i lękowych mieszanych, a nie związanych z zaburzeniem afektywnym), z charakterem tego symptomu.

Trudno jednoznacznie wyjaśnić, dlaczego jedne dolegliwości reagują na oddziaływanie terapeutyczne wcześniej (np. zaburzenia seksualne lub obniżenie nastroju), inne później (np. napięcie, niepokój, drżenie mięśniowe), co sygnalizowano także w innych badaniach [np. 15, 16, 17, 18, 19]. Zaobserwowano jednak prawidłowości w dynamice większości badanych symptomów — np. w grupie popraw z wyleczeniem odsetki pacjentów zgłaszających występowanie analizowanych objawów zmniejszają się na ogół szybciej

(tzn. we wcześniejszych tygodniach pobytu) niż w obu grupach bez wyleczenia objawowego. Obserwacje te są spójne z danymi z piśmiennictwa [np. 17, 20, 21], jednak w świetle przeprowadzonych badań dopiero po kilku tygodniach terapii stwierdza się najwięcej istotnych różnic między grupami o odmiennych końcowych wynikach leczenia.

Opis dynamiki objawów zaburzeń nerwicowych komplikowany jest przez zróżnicowanie procesu zmian pojedynczych symptomów i efekt sumowania i „znoszenia się” ich odmiennych przebiegów. Z jednej strony niektóre objawy ustępują ogólnie szybciej, niezależnie od efektów leczenia ocenianych w zakresie globalnego nasilenia symptomów, inne zaś wolniej, z drugiej strony w grupach pacjentów o odmiennych wynikach leczenia obserwuje się różnego rodzaju wzorce ustępowania poszczególnych dolegliwości. Z tych względów badany obraz globalnej dynamiki objawów [5] może być zupełnie niezgodny ze zmianami pojedynczych symptomów o rozmaitych przebiegach.

Z jednej strony zjawiska z zakresu dynamiki objawów są sygnałem oddziaływania niespecyficznych czynników terapeutycznych – wtedy proponowane w piśmiennictwie [np. 22, 23] traktowanie ich jako predyktorów wyniku nie wydaje się uzasadnione. Z drugiej strony zjawiska dynamiki objawów dostarczają informacji interpretowanej w codziennej praktyce klinicznej — dotyczą wówczas „kontekstu indywidualnego” danego pacjenta, przebiegu specyficznych procesów zachodzących w toku psychoterapii, mogących przynieść albo korzystne zmiany, albo niepowodzenie leczenia. Wtedy, wydaje się, że żadne cechy dynamiki objawów zaburzeń nerwicowych nie są przesłanką automatycznego uznania dalszego leczenia za bezcelowe [np. 17, 24].

Prawdopodobnie analiza dynamiki poszczególnych objawów stwarza szansę na zrozumienie mechanizmów prowadzących do wyleczenia lub przeszkadzających w jego uzyskaniu. Głębsza analiza przyczyn opisanych zjawisk dynamiki występowania objawów bez dysponowania informacjami o treści spotkań terapeutycznych jest jednak bardzo trudna, o ile w ogóle możliwa.

## Wnioski

1. Poszczególne objawy zaburzeń nerwicowych występują podczas leczenia ze zmienną częstością.
2. Zmniejszenie się częstości występowania wybranych objawów zaburzeń nerwicowych podczas intensywnej psychoterapii jest najszybsze w grupach pacjentów kończących terapię z „wyleczeniem objawowym”, najbardziej powolne zaś u kończących leczenie „bez poprawy”.
3. Obraz globalnej dynamiki objawów zaburzeń nerwicowych jest wypadkową procesu zmian pojedynczych symptomów i efektem sumowania, a niekiedy „znoszenia się” ich odmiennych przebiegów.

Badanie nie było sponsorowane.

## Piśmiennictwo

1. Sobański JA. Różnice szybkości ustępowania objawów zaburzeń nerwicowych podczas intensywnej psychoterapii w oddziale dziennym i ich związek z wynikami leczenia. Przegląd piśmiennictwa. Psychoter. 2004, 3, 81–90.

2. Alksandrowicz JW, Pawelec B, Sikora D. Model oceny efektów terapii nerwic – wskaźniki i kryteria zmian. *Psychoter.* 1989; 1, 68: 53–62.
3. Alksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. *Psychiatr. Pol.* 1994; 6: 667–676.
4. Rewer A. Skale kwestionariusza objawowego „O”, *Psychiatr. Pol.* 2000; 34, 6: 931–943.
5. Sobański JA. Dynamika globalnego nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych podczas intensywnej psychoterapii w oddziale dziennym. *Psychoter.* 2004; 4: 77–87.
6. McLeod J. An administratively created reality: some problems with the use of self-report questionnaire measures of adjustment in psychotherapy outcome research. Braga: Society for Psychotherapy Research; 1999.
7. Butcher JN, Koss MP. 1990: Badania nad psychoterapią krótkoterminową i kryzysową. W: Garfield SL, Bergin AE. red. *Psychoterapia i zmiana zachowania. Analiza empiryczna.* Warszawa: IPiN; 1990.
8. Sigel SM, Rootes MD, Traub A. Symptom change and prognosis in clinic psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 1977; 34: 321–329.
9. Grant I, Sweetwood HL, Yager J. i in. Patterns in the relationship of life events and psychiatric symptoms over time. *J. Psychosom. Res.* 1978; 22: 183–191.
10. Hull JW, Clarkin JF, Alexopoulos GS. Time series analysis of intervention effects. Fluoxetine therapy as a case illustration. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1993; 181: 48–53.
11. Hull JW, Clarkin JF, Kakuma T. Treatment response of borderline inpatients. A growth curve analysis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1993; 181, 8: 503–509.
12. Sexton H. Process, life events, and symptomatic change in brief eclectic psychotherapy. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1996; 64, 6: 1358–1365.
13. Alksandrowicz JW. *Zaburzenia nerwicowe.* Warszawa: PZWL; 1998.
14. Alksandrowicz JW. *Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów.* Warszawa: PZWL; 2000.
15. Howard KI, Moras K, Brill PL. i in. The evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, patient progress. *Am. Psychol.* 1996; 51: 1059–1064.
16. Martinovich Z. Evaluating a phase model of psychotherapy outcome: An application of hierarchical linear modeling. Doctoral dissertation. Northwestern University; 1998.
17. Kopta SM, Howard KI, Lowry JL. i in. Patterns of symptomatic recovery in time-unlimited psychotherapy. *J. Clin. Cons. Psychol.* 1994; 62: 1009–1016.
18. Howard KI, Kopta SM, Krause M. i in. The dose-response relationship in psychotherapy. *Am. Psychol.* 1986; 41: 159–164.
19. Howard KI, Lucger R, Maling M. i in. A phase model of psychotherapy: Causal mediation of outcome. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1993; 61: 678–685.
20. Lambert MJ. Patterns of patient improvement: implications for treatment planning and responsible social policy. Abstracts of Seventeenth World Congress of Psychotherapy. Warszawa; 1998.
21. Krause MS, Howard KI, Lutz W. Exploring individual change. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1998; 66, 5: 838–845.
22. Finch AE, Lambert MJ. Developing decision rules for monitoring outcome and informing clinical practice. Society for Psychotherapy Research: Braga; 1999.
23. Tang TZ, DeRubeis RJ. Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1999; 67, 6: 894–904.
24. Lambert MJ, Whipple JL, Smart DW. i in. The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychother. Res.* 2000; 11, 1: 49–68.

Adres: Katedra Psychoterapii CM UJ  
ul. Lenartowicza 14  
31-138 Kraków